

Année 1961

N°

THESE

888

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

CATEL PHILIPPE

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 21 Février 1933 à BRIE COMTE ROBERT (S & M)

Présentée et soutenue publiquement le

ASSISTANCE MEDICALE

GRATUITE

DANS LE

CONSTANTINOIS

Président : Monsieur le Professeur R. KOURILSKY

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

CATEL PHILIPPE

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 21 Février 1933 à BRIE COMTE ROBERT (S & M)

Présentée et soutenue publiquement le

ASSISTANCE MEDICALE

GRATUITE

DANS LE

CONSTANTINOIS

Président : Monsieur le Professeur R. KOURILSKY



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.),
 CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.), DEBRE (R.),
 DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.),
 HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOL (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (C.),
 LEVY SOLAL (E.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.),
 MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), OLIVIER (E.), PAS-
 TEUR VALLERY RADOT, PETIT-DUTAILLIS, RICHET (C.), STROHL (A.), TANON (L.).

DOYEN

L. B I N E T

Membre de l'Institut

ASSESEUR

Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie

" (Prof. à titre personnel)

Anatomie Pathologique

Anesthésiologie

Bactériologie

Biochimie médicale

" " (Prof. à titre personnel)

Biologie appliquée à l'Ed. Physique et aux Sports

Biologie médicale

" " (Prof. à titre personnel)

Cancérologie médicale et sociale

Clinique carcinologique chirurgicale

(Institut G. ROUSSY)

Clinique cardiologique (Brousseis)

(Beaujon)

(Cochin)

Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu)

(Saint-Antoine)

(Salpêtrière)

Clinique de chirurgie infantile et orthopédique

(Enfants Malades)

Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice

(Cochin)

CORDIER G.

DELMAS (A.)

DELARUE (J.)

BAUMANN (J.)

FASQUELLÉ (R.)

JAYLE (M.P.)

SCHAPIRA (G.)

CHAILLEY-BERT (P.)

FAUVERT (R.)

BOURLIERE (F.)

BERNARD (J.)

REDON (H.)

MOUQUIN (M.)

SICARD (A.)

QUENU (J.)

PATEL (J.)

GOSSET (J.)

MOULONGUET (P.)

FEVRE (M.)

MERLE d'AUBIGNE

Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire (Brousseis)	MM. GAUDART d'ALLAINES
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DÉCOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enf. Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Cl. Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Brousseis)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
(Bouicaut)	LENEGRE (J.)
(Broussais)	SOULIE (P.)
Cliniques médicales (Cochin)	JUSTIN BESANCON
(Hôtel-Dieu)	BARIEY (M.)
(Pitié)	DREYFUS (G.)
(Saint Antoine)	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Richet)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	de GENNES (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
(Baudelocque)	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales (Foch (Suresnes))	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enf. Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)

Histoire de la Médecine et de la Chirurgie
(Lariboisière)

MM. SEZE (S. de)

Histologie

VERNE (J.)

Hygiène et Clinique de la première enfance
(Trousseau)

TURPIN (R.)

Hygiène et Médecine préventive

JOANNON (P.)

Hygiène et Médecine préventive (Prof. à titre pers.)

DEPARIS (M.)

Médecine du travail

DESOILLE (M.)

Médecine légale

PIEDELIEVRE (R.)

Parasitologie

GALLIARD (H.)

Pathologie chirurgicale

COUVELAIRE (R.)

Pathologie exotique

LAVIER (G.)

Pathologie expérimentale et comparée

MERKLEN (F.P.)

Pathologie médicale

MILLIEZ (P.)

Pathologie et thérapeutique générales

GARCIN (R.)

Pharmacologie

CHEYMOL (J.)

" (Prof. à titre personnel)

LEVY (Mlle J.)

Physiologie

BINET (L.)

" (Prof. à titre personnel)

BARGETON (D.)

Physique médicale

DOGNON (A.)

" " (Prof. à titre personnel)

DJOURNO (A.)

Radiologie médicale

DESGREZ (M.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale

LEGER (L.)

Thérapeutique

BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES

Anatomie

DABROL (C.)

COUINAUD (C.)

OLIVIER (G.)

Anatomie Pathologique

Mlle GAUTHIER-VILLARD (P.)

Pr. s. ch.

MM. BUSSER

GOUYGOU (Ch.)

ORCEL (L.)

PAILLAS (J.)

VOURCH

Anesthésiologie

NEVOT (A.) Pr. s. ch.

Bactériologie

BARBIER (P.)

CHRISTOL (D.)

Biochimie médicale

DESGREZ (P.)

(Pr. s. ch.)

POLONOVSKI (J.)

M. conf.

Biologie appliquée à l'Ed.Physique et aux Sports
Carcinologie

Dermato-Syphiligraphie
Electro-Radiologie
Embryologie

Hématologie

Histologie

Hydrologie
Hygiène

Maladies infectieuses

Médecine Légale

Médecine du Travail
Neurologie
Obstétrique

Ophtalmologie

Orthopédie

Oto-rhino-laryngologie
Parasitologie

Pathologie Chirurgicale

MM.

PLAS (F.)
DENOIX (P.)
MATHE (G.)
DUPERRAT (B.)
LEDOUX-LEBAR (G.)
TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)

Pr. s. ch.
BILSKI-PASQUIER
DAUSSET (J.)
COUJARD (R.)
Pr. s. ch.
MAROIS (M.)
RACADOT (J.)
CORNET (A.)
BOYER (J.)
Pr. s. ch.

Mme CORRE-HURST (L.)

MM. BASTIN (R.)
DUPONT (V.)
DEROBERT (L.)
Pr. s. ch.
HADENGUE (A.)
FOURNIER (E.)
GUENIOT (M.)
ALBAHARY (C.)
HERMITTE (F.)
GRANJON (A.)
HERVET (E.)
LE PARIER (G.)
MORIN (P.)
MUSSET (R.)
ROBEY (M.)

TROYER-ROZAT (J.)

PREGEAT (P.)
SARAUX (H.)
JUDET (R.)
RAMADIER (J.)
DEBAIN (J.)
BRUMPT (L.C.)

Pr. s. ch.
CHABAUD (A.)
BARCAT (J.)
BINET (J.P.)
CAUCHOIX (J.)
CHATELIN (C.L.)

Physiologie	MM. PARROT (J.) Pr. s. ch.
	DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOIJEROT (L.) M. Conf.
	Pr. s. ch.
	KELLERSHOHN
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (S.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCE (D.)
Rhumetologie	DELBARRE (F.)
Stometologie	CERNEA (P.)
	Mme A. CHAPUT, M. Conf. Agr.
	GRELLET (M.)
Thérapeutique	MM. CHASSAGNE (P.)
	LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE
CLINIQUE ANNEXE (à titre permanent)

Anatomie	MM. DEBEYRE
Clinique Chirurgicale	ABOULKER (P.)
	MMELINE (A.)
	(Pr. s. ch.)
	HUGUIER (J.)
	OLIVIER (C.)
	PADOVANI (P.)
	POILLEUX (F.)
	ROUX (M.)
	VERNE (J. M.)
Clinique médicale	BOUDIN (G.)
	CONTE (M.)
	DOMART (A.)
	PERRAULT (M.)
	RAMBERT (P.)
	THIEFFRY (S.)
	TURIAF (J.)
Clinique obstétricale	CRASSET (J.)
	LEPAGE (F.)
	MAYER (M.)
	RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)

Pathologie Chirurgicale

MM. DUBOST (Ch.)
DUBOST (Cl.)
FAUREL (J.)
FLABEAU (F.)
GERMAIN (A.)
LAURENCE (G.)
agr. per.

Pathologie exotique

Pathologie expérimentale

LORTAT-JACOB (J.L.)

LOYGUE (J.)

MERCADIER

PERROTIN (J.)

ROBERT (H.)

THOMERET (G.)

SCHNEIDER (J.)

CROSNIER (J.)

HARTMANN (L.)

LOEPER (J.)

MAURICE (J.)

RICHET (G.)

Pathologie médicale

AUSSANNAIRE (M.)

BOUR (H.)

BOUVIER (J.)

BRICAIRE (H.)

BRISAUD (H.)

BROCARD (H.)

BUGE (A.)

CASTAIGNE (P.) M. Conf.

CATINAT (J.)

CONTAMIN (F.)

COURY (C.)

FREZAL (J.)

HOUSSET (E.)

LAROCHE (R.)

LESOBRE (R.)

MACREZ (C.)

NICK (J.)

PEQUIGNOT (H.) M. Conf.

ROYER (P.)

WOLFROMM (R.)

JOSEPH (R.)

MANDE (R.)

MOZZICONACCI (C.)

ROSSIER (A.)

BOISSIER (J.)

LECHAT (P.)

Pédiatrie - Puériculture

Pharmacologie

Clinique ophtalmologique	MM. OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture ..	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES

ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P.)
	Pr. s. ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J.)
	Pr. à t. pers.
Pethologie chirurgicale	RUDLER (J.)
	Pr. s. ch.
Secrétaire Général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires : Mme BEURLAND (H.), Melle CHAINTREUIL (G.)Melle HURE(A.)	
Conservateur en Chef	Monsieur le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.M.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.)
	Melles LAURENT (H.), LE NOIR (G.),QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur KOURILSKY

Médecin des Hôpitaux

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de PARIS

En remerciement pour l'honneur qu'il m'a fait

en acceptant la présidence de cette thèse

A Monsieur le Docteur Pierre O U R Y

Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de PARIS,
Médecin-Chef de l'Etablissement National des Convalescents
de Saint-MAURICE,

Qui a bien voulu s'intéresser à ce travail
et m'y encourager .

En France, l'Assistance Médicale Gratuite n'éveille généralement aucune résonance particulière.

Pour le praticien inscrit sur la liste municipale, c'est la visite aux quelques foyers nécessiteux de la commune et quelques papiers à remplir.

Pour le Français moyen, c'est un rouage de cet ensemble de mesures prises par l'Etat pour relayer la charité privée et mettre sa conscience en repos.

Pour le jeune médecin servant en Algérie, ce sigle familial, l'A.M.G., représente une réalité bien vivante dont on parle partout dans le bled, les popotes, les bureaux et les rapports, bien sûr ! Ce sont les tournées sur les pistes plus ou moins dangereuses et poussiéreuses, l'arrêt dans un douar où se pratique, de fait, la médecine foraine, autour de la Croix Rouge de la voiture sanitaire ou dans la petite selle d'examen de l'antenne S.A.S. ou du poste militaire et autour de laquelle se pressent, en foule bigarrée, quelques vieillards, de nombreuses femmes cochées sous leur voile et une volée d'enfants en haillons. Toute cette humanité patiente de longues heures, accablée de misère et de chaleur, traînent sa résignation avec elle; mais si parfois une flamme de reconnaissance luit dans ces yeux apeurés, si parfois quelques nourrissons prennent un bel aspect, après des semaines d'efforts et de conseils mille fois répétés, quelle plus belle récompense souhaiter ?

Un rapport mensuel rédigé par chaque médecin A.M.G. donne lieu, bien sûr, à un rapport mensuel départemental; les rapports mensuels départementaux donneront lieu finalement à un rapport annuel concernant toute l'Algérie et censé traduire en quelques chiffres et colonnes l'effort médical français en Algérie.

Je ne pense pas néanmoins que le lecteur non averti puisse ainsi saisir les conditions et l'ambiance véritablement exceptionnelles dans lesquelles des médecins, et l'on peut, sans risque de se tromper, préciser des médecins jeunes exclusivement, sont appelés à exercer la médecine depuis déjà de nombreuses et sanglantes années.

C'est dans la mesure du possible cet ensemble d'éléments très particuliers que je voudrais évoquer.

Quoi donc ou qui donc peut bien aider dans cette aventure le jeune médecin qui débarque de France, hormis les conseils de ses aînés ?

Curieuse situation, en effet, que celle des médecins, qu'ils soient du contingent ou de carrière, servent dans les djebels d'Algérie. Situation issue de la guerre, évidemment, mais également d'une longue sous-administration, d'une sous-population médicale impressionnante. Situation qui ne fait que s'aggraver comme le montre bien la défaillance des médecins civils devant le risque vital qu'ils courent et l'absence de clientèle rentable dès qu'on quitte les villes, il faut bien le dire. Même les efforts entrepris pour embaucher des médecins à plein temps semblent voués à l'échec devant le risque couru.

Dès les événements de 1954, en effet, l'effectif des médecins civils d'A.M.G. s'effrite : pour l'ensemble de l'Algérie, sur 160 médecins de circonscription, 91 seulement restent en fonction; en 1954, il existait plus précisément 237 postes (114 à temps plein et 123 à temps partiel). Ce nombre déjà dérisoire s'est effondré dès l'apparition de la guerre et devant l'insécurité manifeste qui en résultait dès lors. Dans le Constantinois, ils ne sont plus que 21 en 1960 (en comptant les fonctionnaires, contractuels, conventionnés et intérimaires). Sur 213 postes de médecins conventionnés et contractuels pour l'ensemble de l'Algérie, seuls, 148 sont occupés fin 1958. On n'avait même plus, à ce moment-là, un médecin pour 20.000 habitants. A titre d'exemple, l'Aurès, avec ses 185.000 habitants, ne dispose plus que de six médecins, dont un seul à l'intérieur du massif, les cinq autres à sa périphérie. Cet effondrement s'accroît les années suivantes et porte électivement sur les

postes du beld, en nombre déjà insuffisant; l'Aurès, avec ses 185.000 habitants, perd ses six postes sauf un.

Dans le rapport de la Santé Publique pour la Constantinois, en 1959, on trouve d'ailleurs cette formule pudique : "Pour pallier la pénurie de l'effectif des médecins civils, les médecins du service de santé militaire apportent depuis 1956 leur concours au service de l'A.M.G." La Santé Publique y retrouve, d'ailleurs, son compte, puisque le médecin militaire, à qui sont affectés généralement plusieurs postes, touchera une prime mensuelle unique cinq à six fois plus faible que celle que touchera le médecin civil pour un poste unique, puisqu'il ne peut se déplacer.

C'est donc l'Armée qui, une fois de plus, va devoir parer à cette situation, mais cette fois, avec ses éléments les moins militaires, c'est-à-dire le Service de Santé.

Par son omni-présence, son ubiquité, seule l'Armée peut réussir la gageure d'offrir à une énorme proportion de la population un recours possible à un médecin à plein temps toujours prêt à soigner. Et en définitive, la masse des médecins des bataillons et des S.A.S. va accomplir un travail considérable. On aurait pu craindre que le scepticisme de ces recrues âgées que sont les médecins appelés freine sensiblement leur zèle et leur activité. En définitive, cette crainte semble vaine, car il est difficile, quoiqu'on en ait dit, de ne pas se prendre au jeu et de ne pas porter aide à ceux qui souffrent et réclament cette aide, avec souvent la plus grande confiance.

D'ailleurs, c'est en fait depuis cent trente ans que l'Armée d'Algérie pratique l'A.M.G. sous des appellations diverses. Et si, en 1960, la poussée démographique algérienne pose de tels problèmes, c'est bien sans doute le résultat d'une assistance médicale inlassable. La lutte antipalustre, avec les découvertes de LAVERAN, les efforts de MAILLOT, a été certainement le facteur déterminant de l'amélioration du climat sanitaire au siècle passé. Les grandes épidémies qu'on n'a plus vues depuis vingt ans, ont également offert un vaste champ d'action à nos prédécesseurs, dont nombre ont d'ailleurs à cette occasion fait le sacrifice de leur vie :

Variole en 1831 et 1926,

Choléra en 1834, 1893 et 1911,

Typhus en 1842, 1868, 1927 et 1941.

Le Peste enfin qui, à l'état endémique, connaissait quelques poussées sporadiques.

Mais jamais, au grand jamais, l'Armée n'a fourni l'effort qu'elle fournit actuellement.

Depuis 1956, la moyenne mensuelle des médecins militaires effectuant un travail d'A.M.G. est passée, pour l'Algérie, de 159 en 1956, à 413 en 1957, puis 547 en 1958, et 633 en 1959, tandis que le rapport de la Santé Publique du Constantinois déclare toujours aussi pudiquement que l'effectif des médecins militaires habilités à dispenser des soins à des civils n'a jamais été inférieur à 80 au cours de l'année 1959. C'est un chiffre largement en dessous de la vérité si l'on considère seulement que la plus grosse partie de l'Armée est dans le Constantinois, avec ses médecins et que presque tous les médecins de bataillon font de l'A.M.G. Les premiers postes furent créés dans les Aurès à MENAA et à ARRIS. Voyant leur succès, ils se développèrent rapidement, parallèlement aux S.A.S. (Sections Administratives spécialisées), dont le cadre fut lui-même rapidement débordé; les unités installèrent leur propre infirmerie de plus en plus avant dans les zones d'insécurité et ces infirmeries devinrent presque toutes de petits foyers d'A.M.G. avec ou sans médecin sur place, mais dépendant toujours d'un médecin de bataillon plus ou moins proche et auquel pouvait toujours se référer l'infirmier laissé sur place. Celui-ci d'ailleurs, en collaboration souvent avec son Chef de poste, pratiquait quotidiennement ce qu'en Métropole, on appellerait l'exercice illégal de la Médecine; mais l'Algérie n'est pas la France, quoiqu'en aient dit certains beaux esprits. J'ai, pour ma part, enseigné à un Sous-Lieutenant agriculteur à faire les plâtres, à un autre, agrégé de lettres, à faire les cuti-réactions et à les lire. Quant aux piqûres, c'est de la pratique quotidienne pour tous les infirmiers et même parfois les injections intraveineuses. L'infirmier de poste isolé doit savoir se débrouiller dans tous les domaines : obstétrique et petite chirurgie tout particulièrement.

Nous laisserons de côté de propos délibéré les considérations statistiques concernant les résultats. Elles n'ont aucune valeur mathématique.

Nous éviterons de même les considérations politico-économiques que nous n'avons pas à régler en tant que médecin; elles se résument aisément : trouver et donner du travail à ces familles prolifiques et en trouver d'autant plus qu'on permet à leurs enfants de survivre, à leurs aïeux de vieillir.

Nous envisagerons par contre :

- I.- le contexte dans lequel se pratique cette médecine rurale et militaire particulière, véritable médecine de masse,
- II.- la médecine artisanale et folklorique locale,
- III.- les conditions nécessaires pour obtenir un minimum d'efficacité,
- IV.- les moyens matériels dont on peut disposer,
- V.- enfin : - les grands syndromes rencontrés,
 - leur particularité en A.F.N.,
 - ce qu'on peut raisonnablement leur opposer,
 - les résultats qu'on peut en attendre ou tout le moins espérer.

- I -

Le contexte général est des plus déroutants pour le jeune praticien métropolitain.

La surnatalité, phénomène bien connu dans ce pays sous-développé, complique sérieusement la tâche; la famille, cellule de base de la société arabe, ou kabyle, ou chaouië, est une véritable gens latine, agglutinée sur elle-même, possédant tout juste de quoi survivre au point de vue calorique. Chaque année, en outre, toute femme pubère et par conséquent mariée (8 fois sur 10), ajoute un enfant à la collection familiale; à 25 ans, 7 ou 8 grossesses sont chose courante, mais cinq ou six enfants seulement sont vivants; dans tous les cas, ou 8 fois sur 10 au moins, la femme est au bout de ses réserves physiologiques et les enfants sont toujours sous-alimentés. Et au total, pour une petite ville, comme OUED-ZENATI, sur une population de 13.500 âmes, il y a 6.500 enfants, dont 3.000 sont scolarisables et 1.500 seulement scolarisés, le reste attendant d'être admis, car les classes regorgent de monde, travaillent par roulement bi-quotidien. Et c'est partout la même chose.

Parallèlement, la population mâle adulte est réduite à la triste condition d'un sous-prolétariat agricole misérable et dont elle n'a guère d'espoir de sortir.



Nombre d'éléments défavorables se conjugent et un morne désespoir en résulte. Le chômage chronique est accentué par l'industrialisation de la culture; de sérieux efforts ont été faits pourtant dans ce domaine; ils ne porteront de fruits sensibles que dans une génération (la C.A.P.E.R. : Caisse d'accèsion à la propriété et à l'exploitation rurale est un bel exemple de ces réalisations). Le plus souvent, cependant, lorsqu'un homme trouve du travail, il ne peut espérer gagner plus de cinq à six cents francs par jour; huit cents francs pour un chef d'équipe sur une piste ou sur un chantier de travaux publics; enfin, l'homme qui cesse des cailloux touchera quatre cents francs par mètre cube et réussira à faire deux mètres cubes par jour si sa femme peut l'aider. Et tout ça pour faire vivre la mechte ou la guitoune avec ses habitants : cinq ou six enfants, deux ou trois femmes ou belles-sœurs, un ou deux vieillards ! L'épanouissement familial à ce prix-là n'est pas pour demain.

Par là-dessus, les conditions d'hygiène et d'habitat aggravent les précédentes. La mechte correspond sans doute aux chaumières françaises d'il y a plusieurs siècles : une petite pièce au sol de terre battue, des murs en pierres sèches ou en torchis, un toit en matériaux hétéroclites rarement imperméables, pas de fenêtre, pas de lit enfin. Quelques coffres, quelques nattes repliées, forment tout l'ameublement. Bourbier l'hiver, cave toute l'année, la pièce unique sert chaque soir de dortoir pour toute la famille entassée en tous sens à même le sol, dans le pire des promiscuités. L'absence d'hygiène, due le plus souvent à l'absence d'eau (car rares sont, en effet, les mechtes favorisées par un point d'eau tout proche), accentue encore les risques d'épidémie et de toutes les infections aiguës, surinfections et suppurations.

Les nourrissons seront là les plus touchés; sans vaccination, sous-alimentés, non insolés, macéront dans leurs couches où ils sont ficelés comme un roestboef, ils vont constituer une proie de choix pour toutes les maladies contagieuses, la tuberculose, les dénutritions aiguës et les toxicooses. La venue au monde de jumaux représente presque à tout coup une catastrophe, ou moins pour l'un d'entre eux, celui qui résistera le moins bien au régime de survie qui va généralement leur être imposé.

Lorsqu'enfin, à tous ces éléments défavorables, s'ajoute l'absence d'eau bactériologiquement potable et que celle qui

est distribuée est rationnée, comme c'est encore le cas dans certaines agglomérations du Constantinois, les meilleures conditions de développement des amibiases, salmonelloses et hépatites virales sont réunies. Ces épidémies frappent la collectivité militaire d'ailleurs beaucoup plus nettement que la population autochtone, qui paraît, par contre, beaucoup plus sensibilisée au paludisme. La malarie qui fut longtemps le super-fléau de l'Afrique du Nord, sévit encore aujourd'hui à l'état endémique dans presque tout le Constantinois. Les zones à moustiques diminuent mais les travaux d'hydraulique doivent être poursuivis encore si on veut les voir disparaître.

Sans non plus des pionniers comme LAVERAN ou MAILLOT, la prophylaxie et le traitement du paludisme seraient restés illusoires. Dès cette époque, d'ailleurs, ce sont les médecins militaires qui ont entrepris la lutte efficace contre ces épidémies.

La monoculture enfin ne facilite pas une alimentation rationnelle et dès le plus jeune âge, toute la population est soumise au même régime : galette de semoule de blé et couscous sans viande; celle-ci reste, en effet, l'exception, de même que les fruits et légumes verts. Un peu de beurre, quelques oeufs, exceptionnelle - ment une volaille, et un seul élément en abondance, le café, d'ailleurs généralement excellent.

On conçoit aisément qu'un tel déséquilibre ouvre la porte à toutes les carences, à tous les troubles métaboliques.

L'insécurité, de degré variable, représente l'autre pôle des difficultés rencontrées; l'embuscade reste l'hypothèque qu'il faut lever chaque jour; la mine, tout aussi meurtrière, a fait trembler plus d'un ouvrier de piste. Et établir un climat confiant lorsque le médecin se déplace avec deux half-tracks armés, lorsque, parfois, il faut même fouiller les abords et la meute elle-même avant de s'occuper du malade, reste à mon sens une gageure.

- II -

C'est donc dans les conditions vues plus haut que la pathologie locale s'est développée en tous sens. Mais comme partout dans le monde certains ont cherché par les moyens du bord à y porter remède; cette spécialisation s'est transmise d'initiés à initiés, puis la médecine arabe traditionnelle s'en est mêlée au cours des siècles; et actuellement le médecin A.M.G. est rarement consulté avant qu'aient été épuisés les ressources locales et les mérites du morabout. Les lésions obtenues et les dégâts ainsi produits sont alors spectaculaires. Quelques matrones et un toleb suffisent à provoquer ces accidents. Ainsi devant une toux, des signes de bronchite, les tolba (pluriel de toleb) font des scarifications bilatérales dorso-lombaires plus ou moins profondes; devant une asthénie par contre, qu'elle soit banale ou non, une hypotrophie de la première enfance, on fera des scarifications frontales qui seront pariéto-occipitales lorsqu'on jugera qu'un adulte est trop sanguin.

Chez un enfant rachitique, on pratiquera des pointes de feu (au fer rouge) au niveau des épiphyses fertiles et du chapelet costal, mais généralement très profondes, engendrant de véritables brûlures, vite surinfectées dans une telle ambiance. Même chose dans les tableaux d'arthrose de l'adulte et du vieillard. J'ai pu ainsi voir moi-même d'importantes et profondes brûlures du dos provoquées par la combustion d'une couche d'essence allumée spécialement pour chasser de soi-disant névralgies tenaces. Dans un domaine plus particulier et dans certains douars seulement, on peut voir des cicatrices ou séquelles de brûlures des poignets infligées aux femmes infidèles, mais je n'ai jamais pu connaître l'avis du mari trompé devant cette marque publique de son avanie.

Les ophtalmies purulentes seront justiciables de goudron dans les yeux ! Mais les plaies et suppurations offrent le plus vaste champ à la thérapeutique : un crayon tatoueur a des indications à peu près semblables à celles du crayon de nitrate d'argent, mais les résultats en sont inexistantes; de même, un trait au charbon tracé en anneau au niveau des poignets et des chevilles doit venir à bout des vers intestinaux ou de la fièvre, quelle qu'elle soit. Le henné, produit polyvalent : cosmétique, vernis à ongles, c'est un colorant qu'on trouve en abondance sur toutes les dermatoses, sans qu'on puisse

honnêtement lui incriminer une tendance à l'aggravation des lésions, ni même à leur eczématisation. Il n'en va pas de même du crésyl ou du pétrole étendu sur les plaies infectées et qui donnent des réactions d'intolérance considérables.

Sur les abcès, sur les plaies, les matrones initiées étaleront des mixtures mystérieuses avec terre et bouse de vache, mais surtout des cataplasmes d'herbes, de feuilles de menthe écrasées, de dentelles pilées ou de poudre de charbon d'os de poulet tué si possible le jour de l'an de l'Hégire : ces procédés, chargés de hâter la collection et l'évacuation spontanée par fistulisation, y parviennent parfois.

Plus fantaisistes apparaissent le traitement des fièvres par application sur le front d'une moitié de pigeon coupé vivant en deux et dont la chair est encore chaude et soignante, la limitation des furoncles et abcès en traçant autour d'eux un cercle de suie. De même, ces matrones font le commerce de poudres toutes puissantes, qu'on mêle au repas du mari pour le rendre fidèle ou puissant, ou bien les deux.

Ce sont les talba qui détiennent enfin la meilleure arme thérapeutique qui reste de pratique quotidienne, même en médecine vétérinaire; il s'agit des amulettes représentées par de petits sachets de cuir cousu, contenant une prière maraboutique, appropriée soi-disant à chaque cas clinique. Il est évident, en outre, que la prière écrite sur commande et sur mesure est bien supérieure à celle qu'on peut acheter en ville, préparée d'avance et non adaptée au cas précis. Et de fait, tous les gosses ont plusieurs de ces sachets fixés sur les vêtements, de même que les femmes et plus rarement les hommes; la règle n'épargne pas non plus les vaches, mules et mulots malades, qui se voient décorés d'un de ces petits bouts de cuir en sautoir. Je m'en suis approprié plusieurs en marchandant mes médicaments contre ces amulettes ou "ktobs"; ils contiennent des louanges à Dieu, ou bien quelques versets du Coran, ou bien seulement les numéros des versets en cause, soigneusement répartis entre plusieurs petits carrés sur une minuscule feuille de papier.

- III -

Placé devant cette situation pour le moins sérieuse, que peut espérer faire de positif le jeune médecin fraîchement débarqué en A.F.N. et jeté de plein-pied dans ce Musée DUPUYTREN ? A quoi a-t-il été préparé ? A rien de médical. Si, en effet, on lui a enseigné l'indispensable maniement des armes individuelles courantes, ce qui est une nécessité vitale dans ces zones d'insécurité, on ne lui a vraiment rien dit sur la médecine particulière qu'il va être amené à pratiquer.

Il faudrait exclusivement des omni-praticiens exercés à manier aussi bien l'otoscope que l'ophtalmoscope, à accoucher, à placer un forceps, à anesthésier, cureter, suturer, plâtrer, panser et comme toujours consoler.

C'est sans doute ce que pourraient espérer connaître quelques vieux externes et internes des hôpitaux ayant fait connaissance avec toutes les embûches des spécialités au cours de leurs longues années hospitalières. Mais bien souvent, nous serons désarmés dans une ou plusieurs branches, malheureusement, de la médecine. Il nous faudra alors improviser.

Reste le gros obstacle, celui de la langue; qu'il s'agisse de l'arabe, du kabyle ou du chaouïa, c'est le mur infranchissable qui s'oppose au contact humain qu'on pouvoit espérer trouver; l'excellent interprète, suffisamment entraîné, reste difficile à trouver et on ne peut s'empêcher de regretter que pendant les trois mois consacrés au "Présentez l'arme !" et à la lutte contre les rongeurs, personne n'ait songé à nous enseigner quelques rudiments d'arabe parlé courant.

Il faudra donc souhaiter avoir le coup d'oeil et le flair qui permettront, au milieu de dix consultants à l'habitus semblable, de découvrir les deux véritables malades qu'il faut sérieusement examiner et de surtout ne pas passer à côté du syndrome plus ou moins évident. Les excuses ne manqueraient certes pas : comment faire pour voir sérieusement quatre-vingt-dix personnes en trois heures, alors que chacune est persuadée être malade et exige un soulagement ? Il faudra faire semblant de les prendre au sérieux et cela

avec le sourire ! Mais ce manège quotidien, parfois même biquotidien, exige une patience réellement exceptionnelle.

Et de fait, si l'on excepte cette grande confiance dans le "toubib" que manifestent les foules musulmanes, je pense que les réactions psychologiques de ces populations devant la maladie ou la souffrance sont exactement les mêmes que celles de nos paysans métropolitains; ils ont les mêmes sujets d'intérêt : cultures, troupeaux, météorologie, les mêmes craintes, les mêmes satisfactions et les mêmes joies. Si l'on guérit un gosse, c'est l'enthousiasme; si une suture et la tetracycline utilisées à temps sauvent un mulet, la vie est belle ! Quel est le normand ou l'auvergnat qui ne penseraient pas la même chose que ces fellows ?

C'est donc un peu cette unité psychologique qui formera le lien entre les différentes formes d'exercice d'A.M.G. :

- le médecin civil, pour une très modeste part, voit quelques malades à titre gracieux, lorsqu'il est habilité par la commune ou bien systématiquement et exclusivement lorsqu'il fait partie du personnel de la Santé Publique.
- le médecin de S.A.S., de son côté, est placé là pour faire une médecine populaire et gratuite.
- le médecin de bataillon enfin verra les civils indigents lorsque ses tâches militaires lui en laisseront le temps.

Cette gratuité de la médecine représente parfois en définitive un obstacle psychologique invincible, le paysan ne peut concevoir qu'il sera bien soigné s'il ne lui en coûte rien et il préférera alors se déplacer jusqu'à la ville lointaine et y dépenser plusieurs milliers de francs.

Il existe enfin l'A.M.G. itinérante, la vieille médecine foraine interdite par nos conseils ordinaires métropolitains. Mais comment couvrir autrement ces zones immenses (parfois trente kilomètres sur trente) confiées à un seul médecin. Et comme les centres S.A.S., souvent annexés à des regroupements de populations, disposent de très peu de véhicules et d'une protection relativement faible, ce sont les médecins de bataillon qui doivent battre la campagne.

- IV -

Cette campagne est naturellement dépourvue d'hôpitaux. Ceux qui existent dans les grands centres urbains regorgent de malades et n'acceptent que les grosses urgences, quitte à les mettre plusieurs par lit et sur des paillasses dans les couloirs.

S'ajoutent à ces difficultés celles qu'on éprouve directement avec les malades pour les maintenir à l'hôpital :

Si, parfois, ils ont l'excuse du découragement devant l'impossibilité d'y recevoir des soins sérieux malgré un séjour prolongé, d'autres fois, ils disparaissent à la première ébauche d'amélioration ou bien à l'occasion d'une fête religieuse : l'Aïd-el-Kébir, l'Aïd-Séghir, le Mouloud, ont le don de vider les hôpitaux comme par enchantement. En outre, avec l'idée bien ancrée que si le toubib est bon, la guérison doit être rapide, en l'absence d'amélioration, mieux vaut quitter l'hôpital sans délai qu'y perdre son temps.

Les services pour tuberculeux sont archicomblés et, pour ma part, je n'ai jamais réussi à y faire admettre un malade, même franchement évolutif et bacillifère plus que probable. Il existe bien, dans les petits centres, des dispensaires civils de médecine générale; ils sont en réalité bien souvent tenus par des médecins militaires et fort rarement équipés de radioscopie. J'ai vu, par contre, une petite ville où l'appareil de radiologie restait en caisse, car il avait été livré bien avant que la première pierre du dispensaire n'ait été posée, ni même que l'adjudication des travaux n'ait été effectuée.

Les dentistes, pour leur part, sont carrément inexistantes, hormis les grands centres.

Pour aggraver cette situation, plusieurs postes A.M.G. sont confiés à un seul médecin, doté lui-même de moyens de liaison souvent insuffisants.

Le personnel infirmier est lui aussi pour plus de 95 % prélevé sur l'Armée et son dévouement comme son astuce sont la règle générale. Pour une faible proportion venus du Service de Santé, plus souvent les infirmiers sont des garçons des corps de troupe, débrouillés et initiés à la médecine après un bref séjour de trois ou quatre semaines à l'infirmierie du Corps au terme duquel on peut cependant sélectionner ceux capables de s'adapter vite et bien. Quelques personnels civils, surtout dans les S.A.S., pourront s'adjoindre aux infirmiers militaires; c'est là l'exception. Dans tous les cas, la loi qui domine est la suivante : se débrouiller sur place en exploitant au maximum tous les moyens du bord.

Pour les matériels, c'est encore et toujours l'Armée qui est mise à contribution : elle fournit les véhicules, l'essence et l'entretien.

Quand l'Administration civile se décide à fournir un effort au point de vue du matériel, c'est trop souvent un effort aberrant et incohérent : j'ai vu, dans un de mes postes, trois forceps, trois caisses de barbituriques intraveineux pour anesthésie générale, seize flacons de plasma, un écarteur à thyroïde, des écarteurs abdominaux, etc ... Le tout était rigoureusement neuf et inutile car, pour une fois, l'hôpital civil était proche et acceptait les urgences chirurgicales. Mais qui donc, dans le cas contraire, aurait osé opérer une thyroïde sur une planche et deux trépanaux ? J'ai vu aussi des Poupinel's électriques pour des postes dépourvus d'électricité, un matériel de gynécologie complet, avec table d'examen dernier modèle, pour un petit bordj en bordure d'une zone interdite, où le médecin S.A.S. ne pouvait venir qu'une fois par hasard à cheval et où l'infirmier débordé essayait d'écouler le plus gros de la clientèle. J'ai vu aussi cette aberration financière : la Mairie d'un village rembourse les frais d'évacuation des malades indigents en taxi et refuse de rembourser cette évacuation si elle a lieu par le car, c'est-à-dire qu'on rembourserait 6.500 Fr à un malade qui avait payé seulement 6.000 Fr, tandis qu'on refusait de lui rembourser 600 Fr si son état lui permettait de prendre le car. On reste rêveur devant tant d'inconscience et devant l'absence d'honnêteté morale des administrations locales. La même commune refusait d'ailleurs de faire les frais d'une ambulance municipale, tant que les 80 ou 100.000 Fr mensuels d'évacuations sanitaires étaient payés par le budget général de l'Algérie et non par le budget communal.

Enfin, généralement, un trop grand nombre de postes ont été ouverts par rapport au personnel médical disponible. Et c'est ainsi qu'un médecin-aspirent fait soixante-dix kilomètres entre deux scouts-cars une fois par semaine avec retour le lendemain pour assurer une consultation A.M.G. aux confins de sa circonscription.

Toutes ces données une fois précisées, que voit-on trouver au fil des jours, dans la pratique A.M.G., dès qu'on a éliminé les pseudo-malades ? Il faut insister au passage sur le fait que les syndrômes rencontrés sont généralement très marqués car très évolués, le recours au médecin n'étant envisagé qu'à la toute dernière extrémité.

On peut essayer de tracer un grand cadre où :

- 1.- la tuberculose tient une grande place,
- 2.- les hypotrophies et carences nutritionnelles du nourrisson en tiennent une autre, avec, sur le même plan encore,
- 3.- les dermatoses et suppurations de toute sorte,
- 4.- les parasitoses cédant le pas au paludisme,
- 5.- la petite chirurgie à l'obstétrique,
- 6.- enfin, quelques syndrômes difficiles à qualifier d'organiques, propres à l'A.F.N., mais qu'on peut sans doute rapprocher des dystonies neuro-végétatives métropolitaines.

Je placerais là ce que j'appelle le "syndrôme du mono-mono" (ici-ici). Ce sont, neuf fois sur dix, des femmes qui se plaignent de polyalgies espacées des pieds à la tête, mais avec localisation élective au niveau des articulations; elles montrent ainsi tous les points douloureux successivement, on dit *mono, mono*, en traînant sur le *a*, puis elles terminent au creux épigastrique en y montrant une douleur pulsatile, lancinante, qui correspond tout bonnement aux battements aortiques. Certains ont voulu y voir un paludisme chronique, d'autres une amibiose chronique, d'autres encore une arthrose généralisée, que pourraient expliquer la position accroupie, genoux au menton, si fréquemment adoptée, et le fait de coucher régulièrement sur une natte à même

le sol. De mon côté, j'aurais tendance à y voir tout bonnement le prétexte naïf qui sert à ces femmes pour pouvoir sortir de leur mecha, se réunir devant la porte de l'A.M.G. et y papoter à porte de soufflé pendant une matinée entière. On reste cependant frappé devant l'ubiquité de ce syndrome à travers les différentes parties de l'Algérie, comme peuvent en témoigner tous mes camarades.

Pour terminer, la rage, la variolo, et quelques autres maladies rares devront également être connues, mais j'insisterai tout particulièrement sur les affections et surtout les infections ophtalmologiques.

1.- La Tuberculose, à elle seule, forme un monde actuellement inconnu en métropole. La phtisie galopante de nos pères est encore ici monnaie courante. Par villages ou douars entiers, on a pu la confondre avec une épidémie de typhus, avant d'individualiser une tuberculose éminemment contagieuse et évolutive sur ces organismes affaiblis, sous-alimentés, dénués de toute espèce de réserve physiologique. J'ai pu moi-même vérifier plusieurs épidémies familiales :

En hiver, dans une meute minuscule de trois mètres sur trois, sans ouverture autre que la porte, au sol de terre battue et froide, s'entassait une famille complète, avec la grand-mère, les parents, un garçon de dix-sept ans, quatre enfants (huit ans pour l'aîné, quatre, deux et un an pour les trois derniers), les moutons, les chèvres et la volaille.

Appelés in extremis pour un état asphyxique du plus jeune, avec polypnée, battement des ailes du nez, pôleur cyanotique, nous n'avons pu que porter un pronostic fatal, confirmé dans les heures qui ont suivi. Mais l'examen des frères et sœurs était instructif : chez le deuxième (deux ans), gros râles humides, bulleux, disséminés dans les deux champs pulmonaires, avec fièvre à 38° et toux quinteuse incessante. Chez les deux autres, quelques râles crépitants disséminés. Chez tous les trois, on pratiqua une cuti-réaction, qui se révèle phlycténulaire, hyperergique.

Le traitement massif mixte par streptomycine et isoniazide est institué avant le résultat des cuti-réactions, mais n'empêche pas le petit de deux ans de mourir trois jours plus tard.

L'enquête épidémiologique sommaire permit de découvrir un voisin, noble vieillard jadis robuste, mais soigné de façon très épisodique pour une tuberculose pulmonaire hémoptoïque. On entreprend alors de soigner cette source de B.K., mais on constate d'emblée une défaillance cardiaque globale, avec hépotomégalie et dyspnée importante. Un traitement mixte, toni-cardiaque et anti-tuberculeux est institué; il entraîne une amélioration fonctionnelle à peu près proportionnelle à la compensation de l'insuffisance cardiaque;

malheureusement pour lui, au bout de trois semaines, ce vieillard se lasse d'un traitement de fond pourtant fort efficace, descend en ville, entre dans une pharmacie, expose ses maux au pharmacien, achète un sirop recommandé pour la toux et meurt la semaine suivante, après avoir arrêté tout traitement sérieux. Quant aux frères et sœurs survivants, ils ont cessé de la même façon tout traitement une semaine après le deuxième décès, et il ne nous a plus été donné de les revoir; ils ont complètement disparu de notre champ d'action.

Un deuxième foyer familial, vingt kilomètres plus loin, avait atteint l'aîné, âgé de onze ans, qui présentait à l'examen pulmonaire des signes physiques francs de condensation, tandis que les deux plus jeunes, de quatre et un an, ne présentaient que des râles diffus. Cuti hyper-positive et un exceptionnel examen radioscopique avait permis de découvrir une caverne chez l'aîné, une opacité de tout un hémithorax chez le plus jeune et enfin simplement une adénopathie hilaire chez le troisième. Contrairement au foyer précédent, le traitement par streptomycine et isoniazide avait été bien suivi, grâce aux efforts conjoints d'un infirmier compétent et d'un officier S.A.S. scrupuleux; l'amélioration, un mois plus tard, était considérable, cliniquement indiscutable : fièvre disparue et poids qui se normalisait, et même radiologique pour le nourrisson. Le pronostic s'était considérablement amélioré en un mois, mais je n'ai malheureusement pas pu suivre l'affaire plus longtemps.

Une troisième meute enfin m'a offert le tableau de plusieurs cas d'adénopathies cervicales fistulisées chez des enfants de quatre à dix ans. Là aussi, frères et sœurs étaient hyperergiques à la tuberculine et présentaient, soit une adénopathie hilare, soit un infiltrat, pour deux d'entre eux. Il faut dire cependant que c'est seulement après plusieurs mois de fistulisation intolérable résistante aux thérapeutiques symptomatiques que les parents s'étaient résolus à mener leurs enfants jusqu'au médecin militaire, ce qui ne leur prenait jamais qu'une heure ou deux.

Même chose pour une tumeur blanche du coude. Radiographiée et plâtrée au cours d'une brève hospitalisation à CONSTANTINE, l'enfant ne reçut plus que quelques injections très espacées de streptomycine. Revue de temps à autres, elle présentait des fistules tortueuses avec cicatrisation chéloïde de certaines d'entre elles, mais pas de complications générales.

Enfin, dans la foule des yeux rouges que l'on a l'occasion de voir chaque jour, j'ai vu une gérato-conjonctivite phlycténulaire indiscutable, sans érythème noueux, mais avec cuti hyper-positiva. Combien cependant de ces conjonctivites spécifiques doivent passer inaperçues dans le flot des conjonctivites rencontrées ?

Dans toute cette galerie phthisiologique, le seul élément biologique dont on puisse disposer aisément reste la cuti-réaction tuberculinique; on pourra, malgré tout, y adjoindre la mesure de la vitesse de sédimentation dès qu'on en aura le temps, puisque toutes les infirmeries militaires sont dotées du petit matériel qui permet cette mesure. La cuti et le timbre tuberculinique permettent des diagnostics d'élimination, mais souvent doivent suffire à affirmer l'origine tuberculeuse d'une affection suspecte; encore faut-il que le malade revienne dans les délais qui lui ont été imposés. Néanmoins, il faut utiliser et multiplier au maximum ces réactions cutanées.

La radioscopie reste un examen de luxe, possible seulement dans quelques rares centres. La graphie n'est concevable qu'en Centre hospitalier. On ne saurait trop insister sur la nécessité de posséder et d'utiliser un arsenal tuberculinique complet, permettant cuti, intra-dermo ou timbre. La pratique systématique de ce contrôle sur une collectivité locale géographiquement isolée comme le douar a pu nous montrer huit primo-infections en un mois, alors que huit seulement avaient été trouvées pendant l'année précédente. On devra se baser alors, non seulement sur la négativité ou la positivité de la réaction, mais également sur son intensité, qui permettra parfois d'affirmer une hyperergie tuberculeuse et de suspecter l'évolutivité de cette tuberculose.

La thérapeutique qu'on oppose à ces différentes tuberculoses déficræ, bien sûr, les lois métropolitaines classiques; il faut frapper vite et fort, tant qu'on tient le malade et que celui-ci n'a pas perdu patience, ce qui arrive inévitablement un jour ou l'autre. On utilisera donc la streptomycine pentothénique à raison d'un gramme quotidien associée à l'isoniazide (10 cg/Kg). Le P.A.S. même sous forme de B.P.A.S. calcique en dragées ou granulés reste un luxe qu'on ne peut pas se permettre, car les modalités d'emploi en sont trop compliquées pour le milieu "mechtæ". La surveillance O.R.L.

reste illusoire ; un mien collègue a eu l'occasion, à ce sujet, en prenant ses fonctions dans un poste, de trouver trois tuberculeux pulmonaires adultes qui, fort régulièrement depuis un an, chaque jour, avaient reçu un gramme de dihydro-streptomycine. Ils étaient en excellent état général tous les trois, tandis que la scopie faite en ville n'avait montré que des images séquellaires. Par contre, tous trois se plaignaient de bourdonnements et sifflements d'oreille. On arrête la streptomycine aussitôt et dans la semaine une surdité grave s'installe chez un des malades, tandis que les oreilles des deux autres bourdonnent toujours. Il ne restera donc qu'à se fier aux vertus de l'acide pantothénique, ainsi qu'à la dose totale de streptomycine injectée qui ne devra pas dépasser les limites physiopathologiques classiques lorsque, par hasard, le malade aura été suivi suffisamment longtemps. Dans ces conditions médiocres, il est quand même intéressant de noter que les malades survivent et s'améliorent. Contrôles biologiques et radioscopiques ne se pratiquent pas, mais les gens survivent, c'est un fait indiscutable.

En ce qui concerne les toux isolées cliniquement, sans signes physiques pulmonaires, je suis arrivé, avec plusieurs de mes collègues, à adopter la conduite suivante : huit jours de traitement symptomatique; en l'absence de succès, cuti-réaction, et, si celle-ci est positive, traitement par streptomycine prolongé le plus longtemps possible.

La vaccination par le B.C.G. resterait le seul moyen d'enrayer cette prolifération tuberculeuse. Mais dans ce pays sous-scolarisé, malgré les efforts déjà accomplis, réunir la population infantile reste une gageure, surtout si l'on songe qu'il faut :

- pratiquer une réaction tuberculique,
- la vérifier,
- pratiquer le B.C.G.,
- contrôler l'allergie tuberculique dans les semaines qui suivent.

L'effort financier à fournir simultanément n'est probablement pas prêt d'être fait et pourtant, si l'on songe aux services de tuberculeux surpeuplés, on peut se demander raisonnablement où se trouve la solution la plus économique. Et il s'agit d'un cercle d'autant plus vicieux que si on réussit à réintégrer ces malades sensoriaux dans le circuit actif, c'est généralement pour les abandonner à

à un chômage chronique, source endémique de nouvelles rechutes et de tous les déboires secondaires à ce fléau qu'est aussi la sous-alimentation chronique. La France métropolitaine représente pour ces populations déshéritées un véritable paradis du travail, mais relativement rares sont ceux qui réussissent à y parvenir.

2.- La Sous-Alimentation constitue effectivement la grande cause d'une entité impressionnante : l'hypotrophie des nourrissons, qui atteint ici des proportions considérables, jamais vues en métropole. Sous-alimentation d'une part, poly-carences d'autre part, tout se conjugue pour entraîner des conséquences physiopathologiques graves. On pourrait penser que, dans ces populations paysannes, les femmes peuvent longtemps allaiter leurs enfants et leur assurer ainsi une ration calorique et vitaminique minimum équilibrée. C'est ce qui se passe pour les premières grossesses; celles-ci se suivent, par contre, à un rythme tellement rapide, tandis que la femme s'épuise avec son régime à base de galette de semoule, couscous et quelques dattes, que l'agalactie maternelle fait rapidement suite à l'hypogalactie. Et les enfants têtent inlassablement des mamelles flétries et desséchées. Parfois, dans un surseut de bon sens, les mères essaient de compenser ce déficit en donnant à leur nourrisson du lait animal, de vache ou de chèvre, mais toujours en quantité ridiculement faible, un quart de litre représentant la ration quotidienne. Elles diluent même bien volontiers ces quelques gouttes de lait avec de l'eau tant que la couleur ne trahit pas trop la dilution. Le reste de la journée, une tétine, de l'eau, de la galette, voire du couscous que l'enfant grignote en suçant une datte, forment la base de la diététique au cours de la première enfance.

L'utilisation des laits artificiels donne lieu également à certaines erreurs de taille : un moghazni assez aisé pour s'offrir le luxe du lait concentré sucré donnait à son gosse âgé de quelques semaines une cuiller à café de ce lait le matin, une autre à midi, une troisième le soir et c'était tout ! Les laits en poudre sont, de leur côté, généralement utilisés à la dilution minima, qui permet de teinter l'eau en blanc de façon suffisante.

A ce jeu, on obtient vite des tableaux impressionnants :

- d'une part, les bébés franchement squelettiques, en déshydratation chronique, ne possédant que la peau et les os, qui évoquent irrésistiblement les rescapés des camps de la mort, avec leurs grands yeux enfoncés dans les orbites d'une face décharnée aux os saillants.

Les chiffres sont effolants :

- 2,5 kg à 6 mois,
- 3 kg à 1 an,
- 4 kg à 18 mois.

Ce ne sont pas là des exceptions; j'ai vérifié ces chiffres plus d'une douzaine de fois. Et là comme ailleurs le recours au médecin n'a lieu qu'à la toute dernière extrémité, bien souvent à la période préagonique.

- d'autre part, les enfants franchement rachitiques qui offrent le tableau symptomatologique complet :

- fontanelle qui ne se ferme pas, crânio-tabès,
- chapelet costal, déformation thoracique en carène, côtes éversées,
- grosse hypotonie musculaire avec paroi abdominale flasque et distendue, l'abdomen pointant en avant,
- hyper-laxité ligamentaire.

Chez le nourrisson, tous les facteurs perturbateurs du métabolisme phospho-calcaïque sont conjugués, puisque le jeune enfant n'est ni insolé, ni convenablement nourri. Il vit comme un reclus, caché dans les maches, ficelé dans ses langes où il macère sans pouvoir s'ébattre et surtout sans recevoir le moindre ray de lumière.

Cependant, lorsqu'il a échappé aux causes de mort de la première enfance, on peut le voir galoper au grand air, en guenilles, mais recevant une ration solaire correcte; n'empêche que le gros ventre persiste avec hypotonie de la paroi, disjonction des grands droits au niveau de la ligne blanche, souvent hernie de la ligne blanche, nettement apparente, sus ou sous-ombilicale. La hernie ombilicale elle-même est beaucoup plus fréquente que les hernies inguinales. Peut-on voir dans cette hypotonie musculaire manifeste mais isolée un rachitisme monosymptomatique d'origine corétielle ? Il est notoire toutefois que le "gros ventre" est le fait des pays sous-développés à alimentation déféctueuse.

Reprendre les notions diététiques ancestrales des populations paysannes, c'est le seul moyen de venir à bout de toute cette pathologie de la première enfance. L'école devrait s'y attaquer tandis que, dès maintenant, les E.M.S.I., les équipes croix-rouge et tous les postes A.M.G. cherchent à mettre un peu d'ordre dans un mode d'alimentation délirant. Que faire cependant devant la réponse rituelle : pas d'argent ? Essayer toujours de varier la nourriture, d'introduire oeufs et légumes, de compléter au lait de vache ou de chèvre l'alimentation maternelle trop souvent insuffisante, distribuer largement la vitamine D 2 et le complexe viteminique B, voilà toujours le pis-aller. On ajoutera devant les grosses déshydratations, l'administration de sérum salé par voie sous-cutanée, vingt centimètres cubes par jour représentant un maximum difficile à dépasser dans la pratique quotidienne.

3.- Le paludisme, beaucoup plus fréquent certainement qu'on aurait tendance à le croire, exigerait, bien sûr, des contrôles biologiques avant d'être affirmé. Les accès typiques sont fréquents et le malade couvert de sueurs vous dit alors spontanément qu'il a la fièvre des deux ou des trois jours ! A l'opposé, il peut d'ailleurs vous dire qu'il a la fièvre froide, évoquant sans doute par là la phase frissonnante de l'accès. Les splénomégalies sont également monnaie courante.

Plus fréquentes cependant sont les formes atypiques, les accès greffés sur un paludisme chronique et la notion de fièvre avec frissons survenus la veille sans signe physique au moment de l'examen, excepté la grosse rate, entraîne inévitablement le traitement par quinine ou ses dérivés. La chimio-prophylaxie est bien sûr impossible, non seulement pour des raisons financières et pratiques, mais même pour des raisons psychologiques : aucun Algérien d'origine européenne ne prendrait de nivaquine, alors que, le plus souvent, ses moyens le lui permettent. Et pourquoi donc l'Armée a-t-elle réussi à limiter considérablement les dégâts du paludisme, si ce n'est grâce à la chimio-prophylaxie systématique et générale. C'est, je crois, un bel exemple d'efficacité des mesures prophylactiques ; et les seuls militaires contaminés sont ceux qui ont toujours négligé ou bien refusé de prendre leur dose quotidienne. L'endémie s'étend dans le temps fort avant vers l'hiver et reprend dès le début de l'été. La prophylaxie devrait donc couvrir presque toute l'année.

Les entéro-colites sont à l'autre pôle, celui des parasitoses graves ou tout au moins sérieuses. Elles frappent électivement les nourrissons qu'elles déciment mais ne sont pas exceptionnelles chez l'adulte. Les hépatites virales semblent, par contre, extrêmement rares, mais la colite, avec ses perturbations du transit, est d'une fréquence étonnante. On ne peut que déplorer l'impossibilité absolue où l'on se trouve de pratiquer des recherches coprologiques ; cependant, en raison notamment par analogie avec le milieu militaire, l'amibiase doit représenter une bonne proportion de tous ces désordres entéro-colitiques. En milieu médical hospitalier (Hopital Militaire LAVERAN à CONSTANTINE), l'expérience

o montré, en effet, que 15 à 30 % des hospitalisés étaient porteurs de parasites intestinaux : amibes histolytiques ou végétatives, formes prékystiques ou kystes vrais, les Lamblies ou leurs kystes forment enfin le dénominateur commun de toutes ces parasitoses. Que faire alors dans le doute ? Un traitement éméthinien d'épreuve, ou bien un traitement banal par sulfaguanidine, ferments lactiques, élixir parégorique ? L'initiative est laissée à chacun et personne ne m'a jamais éclairé là-dessus. Chez les enfants, en outre, il faut connaître la fréquence de l'Ascariidiose, plus rarement de l'Oxyurose, encore beaucoup plus rarement du Toeniasis. Dans tous ces cas cependant, l'Arabe parlera toujours de serpents dans le ventre et jamais de vers intestinaux. Il ne s'inquiètera généralement que lorsque le parasite, pourtant surabondant dans les selles, commencera à être régurgité, à tel point que les dérivés de la pipérazine mériteraient d'être aussi largement prescrits que le calciférol.

4.- L'Obstétrique représente à son tour un chapitre pittoresque de cette médecine de bled. Les accouchements simples ne seront pas pour le médecin mais pour la matrone locale spécialisée dans cette tâche; c'est elle qui connaît les paroles qui facilitent l'accouchement, qui sait placer au bout du cordon et entre les cuisses de la parturiente le fer de hache ou le pic de pioche qui empêchera l'hémorragie ou qui activera la délivrance. Souvent assez prudentes malgré tout, ces femmes ont pourtant toutes un grave défaut, c'est de nous appeler trop tard quand une anomalie se produit.

Et lorsqu'on arrive, il faut bien envisager le tableau dans lequel on doit opérer : la parturiente est accroupie, face à la matrone assise sur ses talons; parfois, elle se cramponne par les mains à une corde suspendue à la poutre maîtresse qui lui sert de soutien pendant les contractions. La pudeur est, d'autre part, toujours respectée et tout ce petit manège se passe sous un flot de jupes, jupons, robes, voiles, qui ne facilitent pas les choses ni le travail de la sage-femme.

Le premier point consiste donc à faire évacuer les assistants toujours nombreux, à l'exception de la future grand'mère et de la matrone qu'il vaut toujours mieux éviter de vexer, puis de faire allonger la femme, tout en se plaçant à sa droite et en prenant son parti de devoir travailler à quatre pattes.

Un peu d'ordre ayant été ainsi mis dans ce grand désordre, il faudra alors gagner la confiance de la femme en couches pour parvenir à l'examiner correctement. Il suffira ensuite de coordonner les efforts de la parturiente en cas d'autocie et tout se passe généralement bien. Cependant, si le médecin a été appelé, c'est souvent parce qu'il s'agit, soit d'un travail lent, soit d'une dystocie. Stimuler les contractions par la post-hypophyse, assouplir le col par le n - butyl - hyoscine ou la spasmalgine sont des gestes de base souvent suffisants, mais il faut connaître les rétentions placentaires de plusieurs jours, les inversions utérines, les épaules négligées, les utérus

tétanisés, le travail qui dure depuis trois ou quatre jours et toutes les dystocias. Certains ont pu se risquer à faire une anesthésie légère à la compresse pour poser un forceps, mais les conditions minimales requises pour de telles manœuvres sont rarement remplies et encore faut-il en avoir l'expérience. Tout au plus pourra-t-on se risquer à faire quelques curetages utérins digitaux en l'absence de grosse infection et lorsque la rétention ne remontera pas à plusieurs jours. Trop souvent, il faut se résoudre à évacuer la femme sur un centre hospitalier lointain en espérant que les délais nécessaires au voyage n'entraîneront pas trop sa résistance naturelle.

Si l'on vient à bout de toutes ces difficultés et qu'on met au monde un garçon, on pourra assister aux cris modulés, les you-you suraigus des femmes; lorsqu'on reverra l'accouchée le lendemain, il faudra goûter à la bouillie spéciale faite de farine, de beurre et de miel mélangés sans être cuits si l'on désire rester courtois et on pourra constater que la femme reste fidèle aux traditions : un bandeau de toile autour d'une cheville enfonce une cuillerée de sel protecteur, qui doit éviter les complications du post-partum.

L'avortement reste rare; s'il est spontané et survient lors d'une première grossesse et si, en plus, il se répète, il est considéré comme une catastrophe; s'il est provoqué, ce qui est exceptionnel, il est le fait de milieux considérés comme évolués. J'ai pourtant vu de simples paysannes réclamer une aide pour éviter de mener à terme une douzième grossesse; que pouvais-je bien leur dire ? Que pouvais-je faire également pour cette femme de vingt-cinq ans, étonnamment solide, ayant dix enfants vivants, deux fausses-couches dans ses antécédents, un mari sans travail, et qui se trouvait fatiguée ? Elle avait été mariée à quatorze ans. Je n'avais pas à lui proposer de drogues stérilisantes et c'était, en fait, tout ce qu'elle me réclamait.

5.- Les dermatoses représentent un champ d'expérience qui ferait les délices d'un spécialiste. entraîné, mais c'est un domaine où je suis fort ignorant et c'est seulement par la fréquence et l'importance des surinfections que ce chapitre peut s'apparenter au suivant, celui des suppurations sous toutes leurs formes.

On arrive là aussi à des résultats spectaculaires :

- une arthrite suppurée du genou chez un bébé de seize mois par exemple; une énorme tuméfaction douloureuse s'était développée depuis plusieurs jours sans que les parents s'en inquiètent le moins du monde. Ce n'est que devant la fièvre élevée, l'atteinte de l'état général, qu'ils se décidèrent à nous amener cet enfant. L'incision au rasoir, faite au poste militaire, permettait l'évacuation d'un demi-litre de pus jeune, épais et franc; après détorsion, la palpation montrait que la rotule, le plateau tibial interne et le condyle fémoral interne avaient disparu. Pénicilline locale et générale, alcool iodé sur la plaie, pansement, entraînent une franche amélioration en trois jours seulement, mais l'enfant disparaît ensuite de notre champ d'action, sans qu'on puisse savoir ce qu'il est devenu.

- chez un jeune garçon de cinq ans, nous avons pu voir une énorme adénite inguinale droite, franchement inflammatoire, sans cause apparente. L'incision permettait d'évacuer, là aussi, plus d'un demi-litre de pus franc. Séchage et antibiotiques locaux et généraux entraînaient la guérison absolue en huit jours.

- autre exemple de cette remarquable aptitude à guérir dès qu'un traitement tant soit peu adapté vient aider l'organisme à se défendre : une jeune fille de quatorze ans présentait depuis plus d'un an une plaie suppurée du tiers moyen du bord antérieur du tibia gauche et n'avait jamais consulté le moindre médecin ni le moindre personnel para-médical. Seul, le taleb avait prodigué quelques

bonnes paroles écrites contre quelques espèces sonnantes. Un impetigo de toute la jambe s'était surajouté. Le nettoyage immédiat de la plaie, large d'environ dix centimètres sur cinq, montrait une atteinte indiscutable de l'os, permettait d'affirmer l'ostéomyélite. Un traitement dermatologique par les colorants vient à bout de l'impetigo en cinq jours, puis un plâtre laissé quinze jours avec novobiocine par voie générale entraîne une cicatrisation spectaculaire presque complète avec seulement un centimètre carré bourgeonnant non encore cicatrisé.

Le corrhyza, l'otite, sont également deux affections localisées, volontiers suppuratives, auxquelles existe un dénominateur commun, l'angine. Sa fréquence dépasse de loin tout ce qu'on peut imaginer en métropole; sur dix syndromes fébriles infantiles, il s'agit huit fois d'une angine, et sur dix angines, on trouve neuf angines maladies pour une angine symptôme. Le miroir de Clar reste vraiment l'instrument de la pratique quotidienne (en l'absence d'électrification, on peut d'ailleurs utiliser le type militaire de cet appareil, qui réfléchit la lumière d'une source secondaire). Dans la deuxième enfance, les petits malades se plaignent assez spontanément de leur gorge, mais les plus petits, s'ils restent difficiles à examiner, ne sont pas moins touchés que les plus grands, bien au contraire. La quasi-constance des adénopathies cervicales, sous-maxillaires et sous-mentonnières dans toute la population infantile témoigne bien de la réceptivité du rhino-pharynx aux streptocoques et aux staphylocoques. Le corrhyza est généralement concomittant, l'otite volontiers suppurative avec gros dégâts tympaniques et abondance de pus dans le conduit auditif externe. Souvent bilatérale, elle est vue au stade où la paracentèse est moins utile, car la perforation est déjà largement faite. Il est remarquable, en définitive, que, là aussi, l'amélioration sous un traitement antibiotique général et local banal, est rapide, sans jamais de passage à la chronicité ou presque. L'intensité des dégâts au départ ne permet en tous cas jamais d'établir le moindre pronostic.

L'ophtalmologie représente un chapitre voisin. La correction des dystrophies de la vision est absolument hors de cause; on a beaucoup plus sérieux, sinon plus grave et fréquent à soigner avec les yeux rouges et les yeux purulents. Les conjonctivites inflammatoires, allergiques ou non, sont légion, et j'avoue bien humblement

que personne ne m'ayant jamais montré un trachome certain, je n'ai pu, en six mois, en diagnostiquer un seul bien que j'aie toujours cherché consciencieusement les granulations évocatrices. J'ai donc classé mes ophtalmies en trois catégories :

- les yeux rouges sans infection visible, sans suppuration des annexes ou de l'oeil lui-même, avec généralement photophobie.

- les yeux franchement purulents avec oedème palpébral, ouverture spontanée des paupières impossible, apparition de pus franc à l'ouverture provoquée. J'ai vu dans ce chapitre des ponophtalmies avancées où l'oeil d'un enfant entre autres était réduit à l'état d'un gros pois scléreux au fond de l'orbite et baignait dans une mare de pus.

- enfin, les formes moyennes ou mixtes, où l'oeil est rouge et où les paupières collent entre elles, restent agglutinées au réveil.

Mes traitements purement symptomatiques étaient faits :

- pour le premier groupe, de lunettes noires si possible, avec collyre mixte antibiotique-hydrocortisone;

- pour le deuxième groupe, de lavages plus antibiotiques locaux, répétés aussi souvent que possible;

- pour le troisième, quelques jours d'antibiotiques locaux, puis hydrocortisone et antibiotiques en collyre.

Traitement d'ignorant, bien sûr, mais je ne demandais qu'à ce qu'on me dise comment m'y prendre mieux. Généralement, les yeux purulents guérissaient, mais une bonne partie des yeux rouges restaient rouges. S'agissait-il alors de trachome, nécessitant un traitement spécifique ? J'eusse bien aimé le savoir.

La rhumatologie de son côté voit ses limites bien mal précisées. Effectivement, en dehors de quelques affections bien déterminées, comme des polyarthrites chroniques évolutives historiques, aux déformations et ankyloses surprenantes, on voit fort peu de rhumatisants vrais. C'est d'autant plus étonnant que les conditions de vie : coucher à même le sol humide, rester des heures accroupi sur les talons, à genoux, assis par terre, sembleraient bien favoriser l'arthrose. On peut cependant difficilement classer comme maladie arthrosique le syndrome du ménâ-mênâ. Au maximum pourrait-on peut-être voir dans ce syndrome typiquement arabe une forme orientale et fruste de la dystonie neuro-végétative de nos européennes ? On remarque d'ailleurs facilement que, plus le niveau de vie arabe augmente, plus la dystonie neuro-végétative ressemble à la forme de métropole, avec angoisses, idées fixes avec obsession centrée sur un viscère particulier, boule qui remonte dans l'arrière-gorge et donne la sensation d'étouffer. Tous ces malades font ici la fortune du taleb, comme, en France, celle du guérisseur.

La neurologie forme un autre chapitre de ce musée DUPUYTREN et il nous est généralement donné de voir plutôt des séquelles matricées d'accidents obstétricaux ou d'affections de l'enfance que des syndromes neurologiques évolutifs : atrophie des membres, spasmes de torsion, malformations congénitales, séquelles de poliomyélite, toutes ces perturbations étant mêlées avec les dystrophies endocriniennes, les achondroplasies et les cyphoscolioses importantes. Dans tous ces cas, le traitement est illusoire, bien sûr, mais comment décourager les gens qui restent d'une confiance sereine dans la piqure ? De toutes façons, la rigoureuse loi de la sélection naturelle élimine une bonne partie de ces malheureux.

Quelques maladies contagieuses se font rares, mais on ne saurait les méconnaître :

La variole, si elle n'a été déclarée qu'une fois, en 1959, pour le Constantinois, est discutée plus souvent, d'autant plus que peu de gens en ont vu d'authentiques et que les problèmes posés restent difficiles à résoudre.

- la rage, fréquente dans le règne animal, les porteurs de germe se recrutent sans peine chez les chacals qui peuplent les djebels et mordent les chiens, est rarement prouvée chez l'homme; le rôle du médecin se borne souvent à faire montre de précision au tir au fusil, car il est impossible de surveiller l'animal comme en France, et mieux vaut toujours commencer par l'abattre. Les militaires mordus nécessitent une surveillance seront hospitalisés sans peine; mais les mordus civils ne seront évacués que lorsque de sérieux soupçons porteront sur la virulence du chien.

- l'hépatite virale qu'en six mois je n'ai vue qu'une seule fois chez un Arabe, tandis que mon unité était décimée et qu'une épidémie particulièrement importante s'étendait à travers tout le Constantinois à tout le Corps d'Armée.

- la typhoïde revêt par contre une fréquence et une gravité qu'on n'imagine plus en France; il faut y penser systématiquement devant toute pyrexie et attribuer toute sa valeur à la dissociation du pouls d'avec la température; on peut bien certainement soigner à domicile les formes courantes, mais l'hôpital, qui voit les formes graves, voit en fait les formes historiques à symptomatologie complète et avec complications graves, souvent mortelles.

- la coqueluche, très fréquente également, est en fait rarement grave, ou bien alors c'est que les formes encéphalitiques nous échappent. Et il est bien difficile de convaincre les mères que la poudre d'antibiotiques pour nourrissons sera aussi efficace que des piqûres qui les rassureraient davantage, s'agirait-il même de placbos.

- Je terminerai par un diagnostic difficile, il faut l'avouer : il s'agissait d'une trachéite avec dysphonie importante, très variable d'un instant à l'autre, mais s'étant installée de façon très brutale. C'est la laryngoscopie qui a montré l'agent pathogène : une sangsue qui se cramponnait sur une corde vocale ! Eh bien, le service O.R.L. de l'Hôpital LAVERAN à CONSTANTINE voit cela plusieurs fois par an et maintenant je m'enquiers toujours, du moins en Algérie, si le malade n'a pas bu récemment l'eau plus ou moins douteuse d'un oued.

CONCLUSIONS

Devant l'ampleur des dégâts, quel espoir d'efficacité peut-on raisonnablement avoir ? Nous avons pu voir que la prophylaxie dans son ensemble est rigoureusement impossible :

- la chimio-prophylaxie du paludisme, telle qu'elle est appliquée dans l'Armée, supposerait des sommes fabuleuses si on désiroit l'appliquer sérieusement à une population de neuf millions de personnes : six comprimés de chloroquine par semaine et par personne pendant sept mois par an ? Il faudrait une belle mise de fonds qu'aucune collectivité n'est prête à assumer.

- le contrôle systématique de l'allergie tuberculinique et la vaccination par B.C.G. n'est possible actuellement que dans les centres urbains à forte scolarisation. Il faudrait, dans les campagnes, des équipes médico-sociales spécialisées, car, dans ce domaine, le médecin militaire d'A.M.G., sans l'aide d'aucune infrastructure administrative, ne peut pas entreprendre sérieusement un travail semblable. Et je souhaite bonne chance au décret N°60 - 1490 du 26-12-1960 chargé d'étendre à l'Algérie la vaccination obligatoire par le B.C.G.

C'est la même chose pour les vaccinations classiques : variole, diphtérie et tétanos. Et pourtant comment faire autrement pour venir à bout de ces maladies ? Mais pour la tuberculose, le problème est encore plus complexe du fait de la non-surveillance des troupeaux de bovins, qui, probablement, s'intercontaminent entre mechtas et étables, le cas idéal étant encore le plus fréquent, c'est-à-dire le local mixte mechta-étable.

A défaut de prophylaxie, le traitement anti-tuberculeux sera donc fait de streptomycine et isoniazide rarement plus de quinze jours chez les hommes, souvent plus longtemps chez les femmes.

La surveillance des grossesses est de même un leurre, tant que les femmes ne seront pas astreintes au chantage des allocations familiales, mais c'est impossible tant que les hommes ne seront pas des salariés réguliers. Quant à la surveillance des accouchements, elle relèverait de l'ubiquité médicale; seule, sans doute, l'école, en développant l'hygiène et le bon sens, devrait, au fil des années, permettre une amélioration générale; quoi de plus simple, en effet, que d'appeler le médecin à temps ? Faut-il encore qu'il se dérange, pourre-t-on rétorquer. En fait, le médecin militaire se dérange généralement chaque fois que cela lui est possible, pour se trouver devant des situations souvent déjà fort compliquées. Si enfin les plaies suppurent ici avec une telle facilité, c'est non seulement qu'on les laisse suppurar, mais encore qu'on favorise cette suppuration. Le premier point sera toujours de convaincre le blessé ou le malade de venir chaque jour faire constater l'état des lésions et assurer par la même occasion un pansement correct, le deuxième de faire confiance, dans ce pays plus qu'ailleurs, à la bonne nature.

Comme partout d'ailleurs, les résultats seront, dans l'ensemble, fonction du niveau de vie, lui-même inversement proportionnel au chômage et les mehtas les moins défavorisées au départ auront toujours le meilleur pourcentage de survie parmi leurs malades.

On conçoit aisément, après ces quelques aperçus, combien l'A.M.G. en Algérie est différente de celle existant en Métropole. C'est qu'en Algérie, elle s'adresse aux quatre-cinquièmes de la population; sur 9.700.000 habitants recensés en 1958, 1.050.000 étaient couverts par un régime quelconque de Sécurité Sociale, tandis que 7.700.000 urbains et ruraux, en 1956, ayant un revenu quotidien de moins de 200 F étaient justiciables de l'aide sociale.

J'ignore si le succès, indiscutable dans les chiffres, que l'A.M.G. a rencontré dans la population du bled peut entraîner une accélération de la pacification, mais au moins on assiste, sur le plan local, à une amélioration du climat psychologique qui se traduit dans les yeux et les sourires mieux que dans les chiffres. La meilleure preuve d'efficacité serait sans doute les consignes trouvées périodiquement sur des documents rebelles enjoignant de désertir la consultation du médecin "colonialiste" et d'attaquer le Service de Santé au même titre de l'instituteur chaque fois que l'occasion s'en présenterait.

Pourtant, le véritable succès n'est probablement pas là mais plutôt dans les rares succès humains que l'on peut rapporter. Par exemple, quelle plus belle satisfaction pour la petite équipe médicale que de voir un nourrisson quelques semaines plus tôt hypotrophique et dégoutant, enfin bien propre et bien nourri, respectent en gros les normes de la diététique moderne; de la même façon, quelle plus belle satisfaction que de reconduire dans leur couche une mère et son nouveau-né, alors que, quelques heures plus tôt, on avait laissé là le reste de la famille angoissée, persuadée de retrouver mère et enfant morts tous deux ?

Et si plus tard, une fois grands, ces enfants ignorent qu'ils doivent la vie à un médecin militaire français, qu'importe ? Nous, médecins, nous aurons fait oeuvre humaine et cela nous suffit.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le RECTEUR de l'ACADEMIE de PARIS :

J. R O C H E

Le PRESIDENT de la THESE :

Le DOYEN de la FACULTE
de MEDECINE de PARIS :

L. B I N E T

R. K O U R I L S K Y

BIBLIOGRAPHIE

ABOU-BECKER (Abdesselem ben Choaïb)

- Les marabouts guérisseurs (Bulletin de la Société de Géographie et d'Archéologie de la province d'ORAN. Tome XLIV, fascicule CLXVIII, 3ème et 4ème trimestres 1924).
- Note sur les amulettes chez les indigènes algériens (Revue africaine, N° 372-373, 3ème et 4ème trimestres 1937).

ARCHIMANDRITE DES BENI HAMMAD S.E.B. CHRYSOPOGONE

- De morbis qui vulgo dicuntur turpiores (Capita XIV & XV Provinciae Africae). Edit. Chabet-Cheurfa, BEYROUTH, 1874.

BERTHERAUD

- Etudes sur l'exercice de la médecine et de la chirurgie chez les Arabes.
(Baillière, PARIS 1885).

BOURKAÏB

- Contribution à l'étude de l'assistance médicale aux indigènes d'Algérie
(Thèse de Médecine, ALGER, 1915).

BROWNE E.G.

- La Médecine Arabe
(LAROSE, PARIS, 1933)

COLLIN

- Abderrezzaq El Jazaïri. Un médecin arabe du XII^e siècle de l'Hégire.
(Thèse MONTEPELLIER, 1905)

DOTTE Edmond - Magie et religion dans l'A.F.N. (Jourdan, ALGER, 1909)

- Marabouts.

- GROSSE J. - Etude des rapports entre le médecin et l'indigène en Afrique du Nord.
(Thèse Médecine, PARIS, 1948).
- HARIZ G. - Le part de la Médecine Arabe dans l'évolution de la Médecine Française.
(Thèse Médecine, PARIS, 1922).
- LAFFONT - Coutumes obstétricales et gynécologiques en Afrique du Nord.
(Conférence faite à PARIS, Clinique Tarnier, en Mars 1935).
- LATAILLADE - Coutumes et superstitions obstétricales en Afrique du Nord.
(Thèse Médecine, ALGER, 1936).
- MONZAS (Adrien de) - La tuberculose et la lutte anti-tuberculeuse en Algérie.
(Thèse Médecine, MONTPELLIER, 1907)
- NEVEU Raymond - L'état sanitaire en Afrique du Nord dans l'Antiquité et de nos jours.
(PARIS, Baillière, 1914).
- FERRIN - Essai sur la médecine des Arabes et l'assistance médicale des indigènes de l'Algérie.
(Thèse Médecine, TOULOUSE, 1895).
- LEJEUNE Robert - La médecine de colonisation et l'assistance médicale indigène en Algérie.
(Thèse Médecine, ALGER, 1941).

RAYNAUD Lucien, SOULIE Henri, PICARD Paul

- Hygiène et pathologie en Afrique du Nord.
(MASSON, PARIS, 1932).

RICHARD Robert

- Les pratiques médicales des indigènes de l'Algérie.
(Thèse Médecine, TOULOUSE, 1895).
-

